

**«Больной В.С., 1927 года рождения был доставлен к урологу с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания. Из анамнеза было выяснено, что пациент принимал препарат Омник по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Результатом лечения был удовлетворен. Однако в последний месяц по собственной инициативе принимал препарат Аденорм. Резкое ухудшение акта мочеиспускания отметил в течение последних двух суток, когда поллакиурия сменилась задержкой мочеиспускания. Установлен уретральный катетер (эвакуировано 600 мл светлой мочи без запаха), назначен снова Омник в стандартной дозе. На 11-е сутки катетер был удален, мочеиспускание восстановлено.**

**Для меня очень важно было разобраться в причине возникновения этого осложнения, убедиться в правильности выбранной тактики и в необходимости проведения дополнительных исследований».**

*Врач-уролог ЦРБ г. Кременчуг Шаруда Филипп Филиппович*

**На вопросы отвечает Игорь Михайлович Антонян, заведующий кафедрой урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования.**

Безусловно, анализируя причину возникновения острой задержки мочи (ОЗМ), необходимо учитывать особенности развития самого заболевания, объем и характер роста предстательной железы, уровень простатоспецифического антигена (ПСА) и наличие мочевой инфекций.

У пациента на фоне приема препарата Омник была положительная динамика симптомов и никаких предвестников осложнений ДГПЖ не отмечалось. Учитывая темпы нарастания клинических проявлений после смены препарата, отсутствия других осложнений, кроме ОЗМ, можно предположить, что основной причиной возникшего осложнения является смена препарата. Возобновление симптоматики наталкивает на мысль о недостаточной эффективности второго препарата. В данном случае в условиях использования одной и той же молекулы имела место замена брендового препарата на генерик.

#### **Как бы я лечил этого пациента?**

В первую очередь, необходимо объективизировать состояние пациента: УЗИ, ПСА, катетеризация, ПРИ. В зависимости от полученных результатов будет определена дальнейшая тактика ведения данного пациента.

Во-вторых, необходимо проинформировать пациента о состоянии его здоровья, быть уверенным, что причиной ОЗМ не является злокачественная опухоль и создать план периодического наблюдения, перспективой которого в данном случае должно быть восстановление акта мочеиспускания. Очень важным моментом является коррекция образа жизни пациента (снижение потребления жидкости, исключение или ограничение применения кофеина, алкоголя, тренировка мочевого пузыря, лечение запоров и др.), минимизация риска рецидива задержки мочеиспускания, критическая оценка принимаемых пациентом препаратов не только по поводу ДГПЖ, но и сопутствующей патологии.

Что касается медикаментозной терапии, мы чаще всего назначаем следующие группы препаратов:

1. Эффективные альфа-адреноблокаторы, с доказанной уроселективностью и предсказуемой фармакокинетикой.
2. Нестероидные противовоспалительные средства от 3 до 5 дней.
3. Антибактериальную терапию по показаниям.

При этом, продолжительность катетеризации мочевого пузыря в нашей клинике, как правило, ограничивается 7-10 днями. Только в особых случаях сроки могут быть увеличены.

Ряд факторов, таких, как первый эпизод ОЗМ, небольшой объем выпущенной остаточной мочи и хорошая реакция на назначенное лечение дают уверенность, что пациента в дальнейшем можно вести консервативно, применяя монотерапию альфа-адреноблокаторами или комбинированную терапию по необходимости. Однако в данном случае нельзя применять консервативную терапию интермиттирующим способом или препаратами сомнительного качества.

Анализируя этот случай, еще раз убеждаемся, что нельзя пренебрегать хорошо известными всем нам различиями между брендовым препаратом и генериками. Причиной неэффективного устранения инфравезикальной обструкции при назначении генерических тамсулозинов может быть их непредсказуемая фармакокинетика и меньшая селективность по сравнению с оригинальным препаратом. Кроме того, сложно говорить об эквивалентности препаратов, если нет уверенности в том, что производственный участок, где выпускается генерический препарат, соответствует требованиям надлежащей производственной практики (GMP), а качество препарата не сохраняется от серии к серии. Не имея доказательных данных о биоэквивалентности, фармацевтической и терапевтической эквивалентности, врач не может прогнозировать ожидаемый лечебный эффект при назначении генерического препарата.

К сожалению, ДГПЖ это удел пожилых пациентов, зачастую социально незащищенных. По моему мнению, забота о пациенте должна заключаться не в назначении дешевых препаратов, а в создании лечебной программы, целью которой является максимально-гарантированная эффективность, высокое качество жизни пациентов и предотвращение осложнений.

Надеемся, что в ближайшие годы популяризация принципов доказательной медицины и тотальный мониторинг осложнений и побочных эффектов медикаментозной терапии в нашей стране (приказ МЗ Украины № 898 27.12.2006 г.) сделают невозможным применение препаратов с недоказанной эффективностью.